



PT Chubb Life Insurance Indonesia

Head Office

Chubb Square, Lantai 6
Jl. M.H. Thamrin No. 10
Jakarta 10230
Indonesia

Chubb Life Care

Plaza Setia Budi
Gedung Setiabudi Atrium, Lantai 8
Jl. H.R. Rasuna Said
Kav. 62, Kuningan
Jakarta Selatan 12920

Telepon : 021 2356 8888

Hotline : 14087

WA : 0815 848 14087

Email : ChubbCare.ID@chubb.com

Website : www.chubb.com/id

RAHASIA MEDIS

SURAT KETERANGAN DOKTER
KECACATAN/KELUMPUHAN DAN KETIDAKMAMPUAN

Nama Pasien : _____

Nomor Rekam Medis : _____

Tanggal Lahir : _____

Alamat : _____

Mohon diisi dengan huruf cetak dan informasi berdasarkan Catatan Rekam Medis Pasien

1. Diagnosis Penyakit pada saat perawatan: _____

Hasil Pemeriksaan Fisik

Tanggal: ____ Bulan: _____ Tahun: _____

Hasil Pemeriksaan Penunjang

Jenis Pemeriksaan: CT-Scan Kepala MRI Kepala

Tanggal: ____ Bulan: _____ Tahun: _____

2. Bagian tubuh* mana yang mengalami kecacatan/kelumpuhan?

(*dapat dipilih lebih dari satu bagian tubuh yang mengalami kecacatan/kelumpuhan)

- | | | | |
|-------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------|
| a. Mata | <input type="checkbox"/> Kanan | <input type="checkbox"/> Kiri | Visus: _____ / _____ |
| b. Wajah | <input type="checkbox"/> Kanan | <input type="checkbox"/> Kiri | Motorik: _____ / _____ |
| c. Tubuh | <input type="checkbox"/> Kanan | <input type="checkbox"/> Kiri | Motorik: _____ / _____ |
| d. Lengan Atas | <input type="checkbox"/> Kanan | <input type="checkbox"/> Kiri | Motorik: _____ / _____ |
| e. Lengan Bawah | <input type="checkbox"/> Kanan | <input type="checkbox"/> Kiri | Motorik: _____ / _____ |
| f. Telapak Tangan | <input type="checkbox"/> Kanan | <input type="checkbox"/> Kiri | Motorik: _____ / _____ |
| g. Tungkai Atas | <input type="checkbox"/> Kanan | <input type="checkbox"/> Kiri | Motorik: _____ / _____ |
| h. Tungkai Bawah | <input type="checkbox"/> Kanan | <input type="checkbox"/> Kiri | Motorik: _____ / _____ |
| i. Telapak Kaki | <input type="checkbox"/> Kanan | <input type="checkbox"/> Kiri | Motorik: _____ / _____ |

3. Apakah kondisi yang dialami Pasien saat ini, sifatnya **menetap** dan **tidak dapat disembuhkan** selama sisa hidup Tertanggung?
 Ya, sejak tanggal: _____ bulan: _____ tahun: _____
 Belum bisa ditentukan, masih dalam evaluasi
 Tidak
4. Apakah saat ini pasien memiliki kebutuhan/ketergantungan akan alat bantu?
 Ya Tidak
5. Pasien mengalami ketidakmampuan* untuk melakukan kegiatan berikut **tanpa bantuan orang lain:** (*dapat dipilih lebih dari satu ketidakmampuan)
 Mandi
 Berpakaian
 Makan/minum
 Menggunakan toilet
 Mengubah posisi tubuh (misal: tidur menjadi duduk, duduk menjadi berdiri)
 Berpindah tempat (misal: berjalan ke ruangan lain)
6. Apakah kondisi Pasien saat ini memungkinkan Pasien melakukan pekerjaan atau profesi yang biasa Pasien lakukan untuk mendapatkan penghasilan/gaji?
 Ya
 Tidak, karena _____
7. Apakah Pasien masih melakukan kontrol ke Dokter untuk diagnosis di atas? Mohon dapat dijelaskan termasuk gejala sisa neurologis (jika masih ada)?

No	Tanggal Kontrol	Gejala Sisa Neurologis	Masih timbul saat kontrol
			<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
			<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
			<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

Demikian semua keterangan yang Saya buat di atas adalah benar, sesuai dengan yang Saya ketahui berdasarkan Catatan Rekam Medis Pasien dan menghormati Sumpah Profesi.

_____ , ____ / ____ / 20 ____

()

Surat ASLI atas jawaban pertanyaan bersifat RAHASIA, HANYA diberikan kepada bagian CLAIM PT Chubb Life Insurance Indonesia dan/atau orang yang telah ditunjuk dalam surat kuasa/surat penugasan